

『訪問確認書』

東京医科大学八王子医療センター
病院長 殿

事業者名 _____

担当者名 _____ 印

院内立入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

訪問部署 _____

訪問先担当者 _____

訪問目的 _____

院内への立入りに際し、当該健康チェック表を提出いたします。
尚、下記の注意事項を遵守致します。

院内立入り時の注意事項

- 個人情報守秘義務の履行。
- 目的の訪問部署は最小限で、尚且つ滞在時間は最短。
- 許可なく撮影禁止。
- 訪問部署以外は立ち入り禁止。
- 2週間前から健康チェックを行い、下記に該当する方は来院をご遠慮ください。
 - ・ 体調不良
 - ・ 37.5℃以上の発熱のある方
 - ・ COVID-19患者との濃厚接触者(2週間以内)
- 院内では常にサージカルマスクを着用し、手指消毒を徹底する。
- 終了後は速やかにお帰り下さい。

院内最終 確認者印	
--------------	--

	日付	体温	咳	倦怠感	頭痛	息切れ	その他
1	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
2	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
3	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
4	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
5	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
6	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
7	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
8	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
9	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
10	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
11	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
12	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
13	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし
14	月 日	℃	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし	あり・なし

